



## CARTA DE PRESENTACIÓN "AFILIADO EN TRANSITO"



PROVINCIA:

CONSTE QUE:

DOMICILIO:

DOCUMENTO: (TIPO Y N.º)

Es afiliado titular al I.A.P.O.S. y por tal motivo autorizado a hacer uso de los servicios médicos asistenciales de acuerdo a CONVENIOS DE RECIPROCIDAD en vigencia, haciéndose extensivo el beneficio a:

APELLIDO Y NOMBRE

TIPO

N.º DNI

APELLIDO Y NOMBRE

TIPO

N.º DNI

APELLIDO Y NOMBRE

TIPO

N.º DNI

APELLIDO Y NOMBRE

TIPO

N.º DNI

APELLIDO Y NOMBRE

TIPO

N.º DNI

Se deja expresa constancia que I.A.P.O.S. tomará a su cargo los gastos originados en la presentación que se demande, de conformidad a los aranceles convenidos y vigentes a la fecha de realización de las prácticas, siempre y cuando la atención se realice por motivo de URGENCIA. Se considera urgencia médica a aquella situación en la que por motivos debidamente acreditados por profesional interviniente, se torne imprescindible su asistencia médica inmediata.

Se extiende la presente en:

en la fecha de

con validez desde

hasta

no mayor a 30 días, para ser presentada ante la Obra Social Provincial y/o Delegaciones, donde se informará del trámite a seguir a fin de recibir los servicios que necesitare.

NOTA: AFILIADO EN TRANSITO: Es aquel que circunstancialmente se encontrare en jurisdicción de la Obra Social signataria que no fuera la de origen, y solicitare servicios de urgencia

CONFORMIDAD DEL AFILIADO  
Firma y Aclaración

CONVENIOS DE RECIPROCIDAD  
IAPOS